

Komorbidität ist häufig

Neue Behandlungsansätze beim Tourette-Syndrom

Das Gilles-de-la-Tourette-Syndrom gehört mit einer geschätzten Häufigkeit von 0,1 bis 0,2% zu den eher seltenen neurologischen Erkrankungen und erfordert in der Langzeitbetreuung der Patienten einen erfahrenen Spezialisten: Die motorischen und vokalen Tics variieren im Verlauf der chronischen Erkrankung erheblich und können durch psychiatrische Komorbiditäten überlagert werden. Die Therapie ist deshalb symptom- und bedarfsorientiert und erfordert häufige Verlaufskontrollen mit Dosisanpassungen.

In der Tourette-Sprechstunde der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) wurden seit 1995 die Daten von 480 Patienten mit Tourette-Syndrom unter epidemiologischen Gesichtspunkten ausgewertet: Die Patienten waren zum Zeitpunkt der Diagnose im Mittel 19,5 Jahre alt und hatten durchschnittlich mit 7,5 Jahren erste motorische Tics und mit zehn Jahren erste vokale Tics gezeigt. Nur ein Drittel der Patienten hatte eine bekannte positive Familienanamnese; allerdings dürften die meisten Betroffenen eine vermutlich polygenetische Krankheitsveranlagung mitbringen, wie Dr. Kirsten Müller-Vahl von der MHH erläuterte.

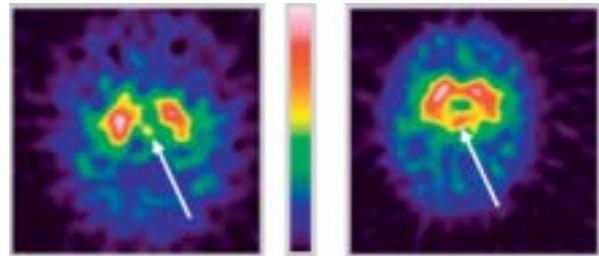
Nur 30% schwer erkrankt

Obwohl von der Öffentlichkeit häufig nur schwere komplexe Tics wie Touching und Koprolalie als typische Tourette-Symptomatik wahrgenommen werden, stellt die MHH-Auswertung klar: 70% Prozent der Patienten sind nur wenig bis mäßig schwer erkrankt (gemessen am STSS; Shapiro Tourette-Syndrome Severity Scale) und nur 60% haben komplexe motorische und/oder vokale Tics. „Die Schwere der Tics ist für die Diagnose nicht relevant und auch unabhängig vom Alter bei Beginn der Tics“, sagte Müller-Vahl.

Komorbiditäten sind häufig und traten in der hannoverschen Untersuchung in der Reihenfolge Zwangssymptome (80%), Störung der Impulskontrolle (62%), Autoaggression (46%) und ADHS (43%) auf. Diese Begleiterkrankungen beeinflussen womöglich das sensomotorische Regulationssystem. Im Rahmen einer noch laufenden MHH-Studie werden erwachsene Tourette-Patienten mit und ohne Komorbidität mit verschiedenen kernspintomographischen

Techniken (VBM, MTI, DTI) vergleichend untersucht, um Volumenveränderungen im Stirnhirn, in den Basalganglien und im limbischen System zu erfassen. Soeben angelaufen ist auch eine Studie, die mittels ADAM-SPECT-Aufnahmen den Serotonintransporter bei Tourette-Syndrom im Vergleich zu

Abb. 1: SPECT-Aufnahme (I-123 beta-CIT) eines Tourette-Patienten. Links: Zwangssymptomatik Grad 3, Bindungsquotient 2,58; rechts: Zwangssymptomatik Grad 1, Bindungsquotient 3,09



Zwangserkrankungen untersucht, und zwar vor und während einer Behandlung mit dem SSRI Escitalopram (Ciprallex®). „Bei Tourette-Patienten gibt es nicht nur Hinweise auf eine dopaminerge Überstimulation, sondern auch auf eine serotonerge Minderinnervation, sofern gleichzeitig Zwangssymptome vorhanden sind“, sagte Müller-Vahl.

Anfangs Monotherapie mit Dopaminantagonisten

Für die medikamentöse Therapie des Tourette-Syndroms gilt: Nicht jedes Symptom muss behandelt werden, aber wenn behandelt wird, dann zunächst mit einem einzelnen, niedrig dosierten Neuroleptikum. „Es ist bis heute keine Therapie bekannt, die den Verlauf der Tics positiv beeinflusst, Medikamente müssen deshalb streng der jeweils vorherrschenden Symptomatik angepasst werden“, so Müller-Vahl. Zugelassen zur Behandlung von Tourette-

Patienten ist nur Haloperidol (z.B. Haldol®), das aber wegen Nebenwirkungen in Deutschland kaum noch verwendet wird. Müller-Vahl bevorzugt das vor allem bei Kindern gut wirksame Tiaprid (Tiapridex®) und bei Erwachsenen entweder Klassiker wie Pimozid (Orap®) und Sulpirid (Dogmatil®) oder „atypische“ Neuroleptika. Dazu stellte Professor Mathias Bartels von der Universität Tübingen eine offene Studie mit Aripiprazol (Abilify®) vor. Bei zwölf Patienten haben damit die motorischen Tics deutlich abgenommen. „Im Durchschnitt wurde die Symptomatik um die Hälfte reduziert“, sagte der Neurologe. Das Medikament sollte langsam eindosiert werden, beginnend mit einer Dosis von 5 mg/Tag.

„Habit reversal training“

Im weiteren Verlauf der Erkrankung muss nach Erfahrung der Spezialisten häufig kombiniert behandelt werden, bei ADHS zum Beispiel zusätzlich mit Atomoxetin (Stratte-

ra®). Die medikamentöse Tourette-Therapie sei derzeit am effektivsten, ergänzte Dr. Christian Moll, Universität Hamburg. Andere Verfahren wie transcranielle Magnetstimulation, Entspannungsverfahren oder gar Diäten haben nicht überzeugt. Das „habit reversal training“ könne dagegen bei einigen Patienten die Tic-Kontrolle verbessern. Bei dieser verhaltenstherapeutischen Intervention wird eine motorische Gegenantwort trainiert, bei deren Ausführung die Tic-Bewegung nicht auftreten kann. Als operatives Verfahren könnte die Tiefenhirnstimulation (THS) eine Option sein. Sie kommt nach Angaben von Moll für schwere Tics ohne Komorbidität infrage, wurde in Deutschland aber erst einmal angewendet. Weltweit beschränken sich die Erfahrungen mit THS auf höchstens 30 Patienten, Langzeitverläufe sind nicht bekannt. [Beate Grübler] ■

„Tourette und Praxis“, 19.11.2005, Bremen. Veranstalter: Klinikum Bremen-Mitte, Tourette-Selbsthilfegruppe Bremen, Tourette-Gesellschaft Deutschland